

## مقایسه نگرش پزشکان؛ پرستاران و بستگان درجه اول بیمار نسبت به حضور اعضای خانواده طی عملیات احیاء قلبی - تنفسی

زهره ترقی<sup>۱</sup>، احترام السادات ایلالی<sup>۱\*</sup>، طاهره یعقوبی<sup>۱</sup>، فائزه نوروزی نژاد<sup>۲</sup>، فروغ ناصری<sup>۲</sup>، سید کاظم باقرنژاد<sup>۲</sup>، رضاعلی محمدپور<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۲/۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۶/۱۳

### چکیده:

**زمینه و هدف:** دیدگاه های متفاوتی در مورد حضور خانواده در عملیات احیا قلبی - تنفسی وجود دارد. مطالعه حاضر با هدف مقایسه نگرش پزشکان؛ پرستاران و بستگان درجه اول بیمار نسبت به حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا قلبی تنفسی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران طراحی گردید.

**مواد و روش ها:** در این مطالعه توصیفی نگرش ۱۲۰ پزشک؛ ۲۰۰ پرستار و ۱۴۸ نفر از بستگان درجه اول بیمار مقایسه شد. روش نمونه گیری، تصادفی طبقه بندی شده بود. ابزار گردآوری داده ها پرسشنامه محقق ساخته ای بود که اعتبار آن از طریق "اعتبار محتوی" و پایایی آن از طریق آزمون مجدد تایید شد ( $r=0/83$ ). این پرسشنامه شامل سؤالاتی در مورد مشخصات جمعیت شناختی، تجارب مثبت و منفی و نگرش نسبت به حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا بود. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های آماری مجذور خی (x2) و فیشر و با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

**نتایج:** اکثریت پزشکان و پرستاران (۹۲/۵٪ پزشکان، ۸۰٪ پرستاران) حضور خانواده در طی عملیات احیا رازیان بار میدانستند. آزمون دقیق فیشر تفاوت معنی داری بین نظر پزشکان و پرستاران نشان داد ( $df=1$   $pvalue= 0/002$   $x2=9/037$ )، عمده ترین دلیل منفی بودن نگرش پزشکان و پرستاران در تحقیق ما، مداخله اعضای خانواده در عملیات احیا (۹۰/۸٪ پزشکان، ۸۶/۵٪ پرستاران) بوده است. کمتر از نیمی از بستگان درجه اول بیمار (۴۸٪) تمایل به حضور در عملیات احیا داشتند. تفاوت معنی داری بین نگرش بستگان درجه اول بیمار از یک سو، و پزشکان و پرستاران از سوی دیگر وجود داشت ( $p=000$ )

**نتیجه گیری:** با توجه به تفاوتی که در دیدگاه پزشکان، پرستاران و بستگان درجه اول بیمار نسبت به حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا وجود دارد، بهتر است در هر بیمارستان برنامه مشخصی در رابطه با شرایط حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا تهیه شود.

**کلمات کلیدی:** حضور خانواده، حضور در عملیات احیا؛ عملیات احیا قلبی - تنفسی

۱- مربی آموزشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی مازندران (دانشجوی دکترای دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران)

تلفن: ۰۹۱۸۳۳۲۲۱۶۵

Eilali@mazums.ac.ir

(نویسنده مسؤول): احترام السادات ایلالی.

۲- سوپروایزر آموزشی بیمارستان دانشگاه علوم پزشکی مازندران.

۳- استاد گروه آمار حیاتی دانشگاه علوم پزشکی مازندران

## مقدمه

احیا قلبی - ریوی شامل اقداماتی است که برای بازگرداندن اعمال حیاتی دو عضو مهم قلب و ریه انجام می شود تا گردش خون و تنفس به طور مصنوعی تا زمان برگشت جریان خون خودبه خودی بیمار برقرار شود. در ایالات متحده سالانه ۳۳۵ هزار نفر در خلال بستری شدن در بیمارستان دچار ایست قلبی می شوند (۲ و ۱). بحث پیرامون حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا از دهه ۱۹۸۰ آغاز شده است. سازمان های حرفه ای متعددی نظیر رویال کالج پرستاری؛ انجمن قلب آمریکا، شورای احیا اروپا، حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا را پذیرفته اند. اما برخی از مراکز درمانی؛ به اعضای خانواده اجازه نمی دهند در عملیات احیا حضور داشته باشند (۳). در کشور ما نیز دیدگاه های متفاوتی در مورد حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا قلبی - تنفسی هم در بین کارکنان واحد درمان و هم همراهان بیمار وجود دارد. بعضی آن را مفید و حق خانواده بیمار می دانند و بعضی آن را هم برای خانواده و هم کارکنان؛ زیان بار می دانند.

عمده ترین دلایل مخالفان را می توان به دو دسته تقسیم کرد: ۱- اثرات زیانبار مربوط به خانواده مانند افزایش فشار روحی اعضای خانواده (۳، ۴)، غیر قابل کنترل بودن سوگواری؛ فشار از سوی خانواده برای ادامه عملیات در موارد بیهوده بودن آن، کمبود جا برای حضور اعضای خانواده (۳، ۵) ۲- اثرات زیانبار مربوط به تیم احیا مانند افزایش فشار روحی اعضای تیم احیا؛ اختلال در تمرکز اعضای تیم، مسایل اخلاقی و قانونی مانند افزایش شکایات از تیم احیا (۴ تا ۷).

در مقابل؛ طرفداران حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا قلبی - تنفسی معتقدند بر نگرش قدیمی که در آن بیمار؛ جدا از خانواده در نظر گرفته می شود باید غلبه شود و الویت به روش جامع نگر داده شود که در آن به تمامیت و شان خانواده از تولد تا مرگ اهمیت داده می شود (۸). حضور خانواده حس ترسی را که به هنگام تنها بودن آنها در اتاق انتظار وجود دارد؛ بی آن که بدانند چه اتفاقی در حال روی دادن است؛ از بین می برد (۹ و ۱۰). بسیاری از مردم از این که نتوانسته اند به قدر کافی در کنار بیمارشان باشند؛ خودشان را ملامت می کنند (۱۱، ۱۲) اعضای خانواده با مشاهده عملیات احیا اطمینان خاطر پیدا می کنند که هر کاری لازم بود؛ برای بیمارشان انجام شده است (۱۳ تا ۱۵) و این به پذیرش مرگ عزیزانشان کمک می کند (۱۱، ۱۴، ۱۵). حضور اعضای خانواده همچنین می تواند بیمار را تشویق کند که به مبارزه برای زنده ماندن ادامه دهد (۱۳).

در ایران چندین بررسی در رابطه با میزان موفقیت عملیات احیا و عوامل موثر بر آن (۱۶) و پی آمدهای ناشی از احیای

قلبی - ریوی (۱۷ و ۱۸) انجام شده است، اما در رابطه با موضوع حاضر تا آنجا که به وسیله محققین بررسی شد، مطالعه ای یافت نشد. با توجه به درخواست ها یی که از سوی برخی از اعضای خانواده ها جهت حضور در عملیات احیا وجود دارد و عدم وجود سیاست گذاری خاص در کشور، پژوهش حاضر با هدف مقایسه نگرش پرستاران، پزشکان و بستگان درجه اول بیمار نسبت به حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا قلبی - تنفسی در بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران طراحی گردید.

## مواد و روش ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی است که در بخش های اورژانس و ویژه بیمارستان های آموزشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران از ابان ۱۳۸۹ تا مرداد ۱۳۹۰ انجام شد. پس از دریافت اطلاعات آماری (از مدارک پزشکی) در مورد بیمارستان های دانشگاهی واجد بخش های ویژه و اورژانس و تعداد کارکنان پزشک و پرستار و تعداد تخت های آن ها، از میان ۱۱ مرکز واجد شرایط، ۹ مرکز از مناطق شرقی؛ مرکزی و غربی استان مازندران انتخاب شد.

روش نمونه گیری برای انتخاب مراکز، مبتنی بر هدف و درون هر مرکز، تصادفی طبقه بندی شده بود. ۱۲۰ پزشک؛ ۲۰۰ پرستار و ۱۴۸ همراه بیمار در این پژوهش شرکت داشتند. منظور از پزشک، پزشکان عمومی و یا متخصصی بود که در زمان انجام پژوهش در بخش های اورژانس و ویژه بیمارستان های محل تحقیق مشغول به کار بوده و حداقل یکسال سابقه کار داشتند. منظور از پرستار، کلیه پرستاران با مدرک فوق دیپلم و بالاتری بود که در زمان انجام پژوهش در بخش های اورژانس و ویژه بیمارستان های محل تحقیق مشغول به کار بوده و حداقل یکسال سابقه کار داشتند. منظور از بستگان درجه اول؛ همسر؛ فرزند؛ پدر؛ مادر؛ برادر؛ یا خواهر بیماری بود که در زمان انجام پژوهش در بخش های ویژه بیمارستان های محل تحقیق بستری بوده و دارای سواد خواندن و نوشتن بوده و بالای ۱۸ سال داشتند.

ابزار گرد آوری داده ها؛ یک پرسش نامه پژوهشگر ساخته و حاوی سوالاتی در رابطه با ویژگی های جمعیت شناختی (سن، جنس، میزان تحصیلات...)؛ اطلاعات قبلی از عملیات احیا قلبی - تنفسی و تجارب مثبت و منفی آنان از حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا (در قالب سوالاتی با پاسخ بله یا خیر) بود. نگرش شرکت کنندگان نسبت به حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا در قالب سوالاتی با پاسخ موافقم، نظری ندارم، مخالفم بررسی شد. اطلاعات قبلی بستگان درجه اول بیمار نسبت به عملیات احیا قلبی -

تحلیل داده ها با استفاده از آزمون های اماری کای دو (x<sup>2</sup>) برای مقایسه نگرش سه گروه و آزمون فیشر برای مقایسه نگرش پزشکان و پرستاران و با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد.

### یافته ها

از نظر سن، اکثریت شرکت کنندگان در هر سه گروه، در محدوده سنی ۴۰-۲۵ سال قرار داشتند. تفکیک آن در ۳ گروه در جدول شماره ۱ آورده شده است. از نظر جنس، اکثریت شرکت کنندگان در پژوهش، زن بودند ولی در مورد گروه پزشکان، نسبت مردان، تقریباً دو برابر زنان بود به طوری که از ۱۲۰ نفر پزشک، ۴۴ نفر (۳۶٪) زن و ۷۶ نفر (۶۴٪) مرد و از ۲۰۰ نفر پرستار، ۱۶۱ نفر (۸۰٪) زن و ۳۹ نفر (۲۰٪) مرد و از ۱۴۸ نفر بستگان درجه اول بیمار ۸۵ نفر (۵۷٪) زن و ۶۳ نفر (۴۳٪) مرد بودند.

تنفسی با طرح دو سوال "آیا تا به حال عملیات احیا قلبی - تنفسی را در فیلم ها دیده اید؟" و "آیا از راه های دیگر، نسبت به عملیات احیا قلبی - تنفسی شناخت داشته اید؟" مورد بررسی قرار می گرفت و در صورت عدم آگاهی، اطلاعات لازم توسط پژوهشگران در اختیارشان گذاشته می شد. اعتبار پرسشنامه از طریق "اعتبار محتوی" و پایایی آن از طریق آزمون مجدد تایید شد ( $r=0/83$ ).

هدف از انجام تحقیق علاوه بر این که به صورت کتبی در پرسشنامه درج شده بود؛ توسط همکاران طرح (سوپر وایزر) های آموزشی و دانشجویان کارشناسی ارشد پرستاری ویژه (به صورت شفاهی) نیز توضیح داده شد. از شرکت کنندگان خواسته می شد در صورت تمایل، پرسشنامه را تکمیل نمایند. به علاوه به آنان اطمینان داده می شد که هویت شان در مراحل انجام تحقیق و انتشار یافته ها، فاش نخواهد شد.

جدول شماره ۱- توزیع فراوانی پزشکان، پرستاران و بستگان درجه اول بیمار بر حسب سن

در بیمارستانهای دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۹۰

سن	پزشک تعداد(درصد)	پرستار تعداد(درصد)	بستگان درجه اول تعداد(درصد)	جمع تعداد(درصد)
زیر ۲۵ سال	۰ (۰٪)	۱۶ (۸٪)	۲۹ (۲۰٪)	۴۵ (۹/۶٪)
۲۵-۴۰ سال	۷۰ (۵۸/۴٪)	۱۴۴ (۷۲٪)	۸۳ (۵۶٪)	۲۹۷ (۶۳/۴٪)
۴۱-۵۵ سال	۴۶ (۳۸/۳٪)	۴۰ (۲۰٪)	۲۸ (۱۹٪)	۱۱۴ (۲۴/۳٪)
۵۶-۷۰ سال	۴ (۳/۳٪)	۰ (۰٪)	۸ (۵٪)	۱۲ (۲/۷٪)
جمع	۱۲۰ (۱۰۰٪)	۲۰۰ (۱۰۰٪)	۱۴۸ (۱۰۰٪)	۴۶۸ (۱۰۰٪)

### سابقه در خواست حضور در عملیات، از سوی خانواده

برای ۲۴۱ نفر (۷۵/۳٪) از پزشکان و پرستاران، پیش آمده بود که خانواده، درخواست حضور در عملیات احیا را داشته باشند. ۱۳۹ نفر (۵۷/۷٪) از این ۲۴۱ نفر ذکر کردند که به خانواده اجازه حضور داده نشد. ۳۰ نفر از این ۲۴۱ نفر (۱۲/۴٪) یک بار شاهد حضور اعضای خانواده و ۷۲ نفر (۲۹/۹٪) چندین بار شاهد حضور اعضای خانواده بوده اند. آزمون کای دو تفاوت معنی داری را بین سابقه در خواست حضور در عملیات از سوی خانواده، و نگرش پزشکان و پرستاران نسبت به حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا نشان نداد ( $P=0/475$ ).

### نگرش نسبت به حضور خانواده در طی عملیات احیا

۱۱۱ نفر (۹۲/۵٪) از پزشکان و ۱۶۰ نفر (۸۰٪) پرستاران، حضور خانواده را در طی عملیات احیا، برای خانواده زیان بار میدانستند. دیدگاه پزشکان بطور قابل ملاحظه ای منفی تر

### پزشکان و پرستاران

#### مدرک تحصیلی

اکثریت پزشکان شرکت کننده، متخصص بودند به طوری که از ۱۲۰ پزشک شرکت کننده، ۵۶ نفر (۴۷٪) پزشک عمومی و ۶۴ نفر (۵۳٪) متخصص بودند. بخش قابل توجهی از پرستاران، دارای مدرک لیسانس بودند به طوری که از ۲۰۰ نفر پرستار شرکت کننده، ۱۹۳ نفر (۹۶/۵٪) لیسانس، ۶ نفر (۳٪) فوق دیپلم و ۱ نفر (۰/۵٪) فوق لیسانس بودند.

#### سابقه کار

سابقه کار اکثریت پزشکان و پرستاران بین ۵-۱۵ سال بود به طوری که ۱۸۲ نفر از پزشکان و پرستاران (۵۶/۹٪) سابقه کار ۵-۱۵ سال؛ ۷۸ نفر (۲۴/۴٪) سابقه کار زیر ۵ سال؛ ۵۴ نفر (۱۶/۹٪) ۱۶-۲۶ سال و ۶ نفر (۱/۸٪) بالای ۲۶ سال داشتند.

از پرستاران بود. از مومن دقیق فیشر تفاوت معنی داری بین نظر پزشکان و پرستاران نشان داد  
( $x^2=9/037$  df=1 pvalue=0/002)

#### بستگان در جه اول

##### محل اقامت

۹۹ نفر (۶۷٪) از بستگان درجه اول بیمار؛ ساکن شهر و ۴۷ نفر (۳۱/۷٪) ساکن روستا بودند و ۲ نفر (۱/۳٪) این بخش از پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند.

##### میزان تحصیلات

۳۵ نفر (۲۳٪) از بستگان درجه اول بیمار؛ زیر دیپلم؛ ۴۶ نفر (۳۲٪) دیپلم و ۶۷ نفر (۴۵٪) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

##### نسبت

۹۴ نفر (۶۴٪) فرزند؛ ۱۸ نفر (۱۲/۴٪) همسر؛ ۱۳ نفر (۸٪) خواهر؛ ۷ نفر (۴/۸٪) مادر؛ ۷ نفر (۴/۸٪) برادر و ۶ نفر (۴٪) پدر بوده اند. ۳ نفر (۲٪) این بخش از پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند.

##### اطلاعات قبلی نسبت به عملیات احیا

۱۳۶ نفر (۹۲٪) از بستگان درجه اول بیمار نسبت به عملیات احیا قلبی - تنفسی، سابقه دیدن فیلم و کسب اطلاعات از راه های دیگر داشته و ۱۲ نفر (۸٪) اطلاعات قبلی نداشتند که توسط پژوهشگران در اختیارشان گذاشته شد.

##### سابقه قبلی حضور در عملیات احیا

۱۱۲ نفر (۷۶٪) اصلا سابقه نداشتند؛ ۳۱ نفر (۲۱٪) یک بار و ۵ نفر (۳٪) بیش از یک بار سابقه داشتند. از ۳۶ نفری که سابقه حضور در عملیات احیا داشتند؛ ۱۴ نفر (۳۸٪) گفتند باعث شد بهتر با غم از دست رفتن عزیزانشان کنار بیایند. ۱۵ نفر (۴۱٪) گفتند تاثیر منفی بر روی روحیه شان داشته است و ۷ نفر (۲۱٪) گفتند تاثیر خاصی بر روی روحیه شان نداشته است.

تمایل به حضور در عملیات احیا  
از نظر تمایل به حضور در عملیات احیای افراد درجه اول خانواده، ۴۸٪ نفر (۷۱ نفر) پاسخ بلی، ۲۸٪ (۴۱ نفر) پاسخ خیر و ۲۴٪ (۳۶ نفر) پاسخ نمی دانم دادند. تمایل فرزندان جهت حضور در عملیات احیا نسبت به سایر بستگان درجه اول بیشتر بود.

##### سن بیمار

سن اکثریت بیماران بین ۵۶-۷۰ سال بود به طوری که ۴۰٪ (۶۷ نفر) زیر ۲۵ سال؛ ۸/۷٪ (۱۳ نفر) بین ۲۵-۴۰ سال؛ ۲۷/۸٪ (۴۱ نفر) بین ۴۱-۵۵ سال؛ ۳۱/۸٪ (۴۷ نفر) بین ۵۶-۷۰ سال و ۲/۵٪ (۳۷ نفر) بالای ۷۰ سال بودند. ۲/۷٪ (۴ نفر) این بخش از پرسشنامه را تکمیل نکرده بودند.

از مومن آماری  $x^2$  بین تمایل بستگان درجه اول بیمار برای حضور در عملیات احیای قلبی - تنفسی و نسبت، رابطه معنی دار آماری نشان داد ( $p=0/028$ )

ولی بین تمایل بستگان درجه اول بیمار برای حضور در عملیات احیای قلبی - تنفسی و محل اقامت آنان ( $P=0/77$ )، بین تمایل بستگان درجه اول بیمار برای حضور در عملیات احیای قلبی - تنفسی و میزان تحصیلات آنان ( $P=0/82$ )، و نیز بین تمایل بستگان درجه اول بیمار برای حضور در عملیات احیای قلبی - تنفسی و سن بیمار ( $p=0/453$ ) ارتباط معنی دار آماری وجود نداشت.

##### مسئولیت تصمیم گیری برای حضور اعضای خانواده در طی

##### عملیات احیا

اکثریت پزشکان (۷۶٪) معتقد بودند این مسئولیت باید با پزشک باشد، در حالی که اکثریت پرستاران (۵۵٪) معتقد بودند باید با پرستار یا تیم احیا باشد. تعداد قابل توجهی از بستگان درجه اول بیمار (۴۶٪) نیز معتقد بودند این مسئولیت باید با پزشک باشد (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲ - توزیع فراوانی نظر پزشکان، پرستاران و بستگان درجه اول بیمار نسبت به مسئولیت تصمیم گیری برای حضور اعضای

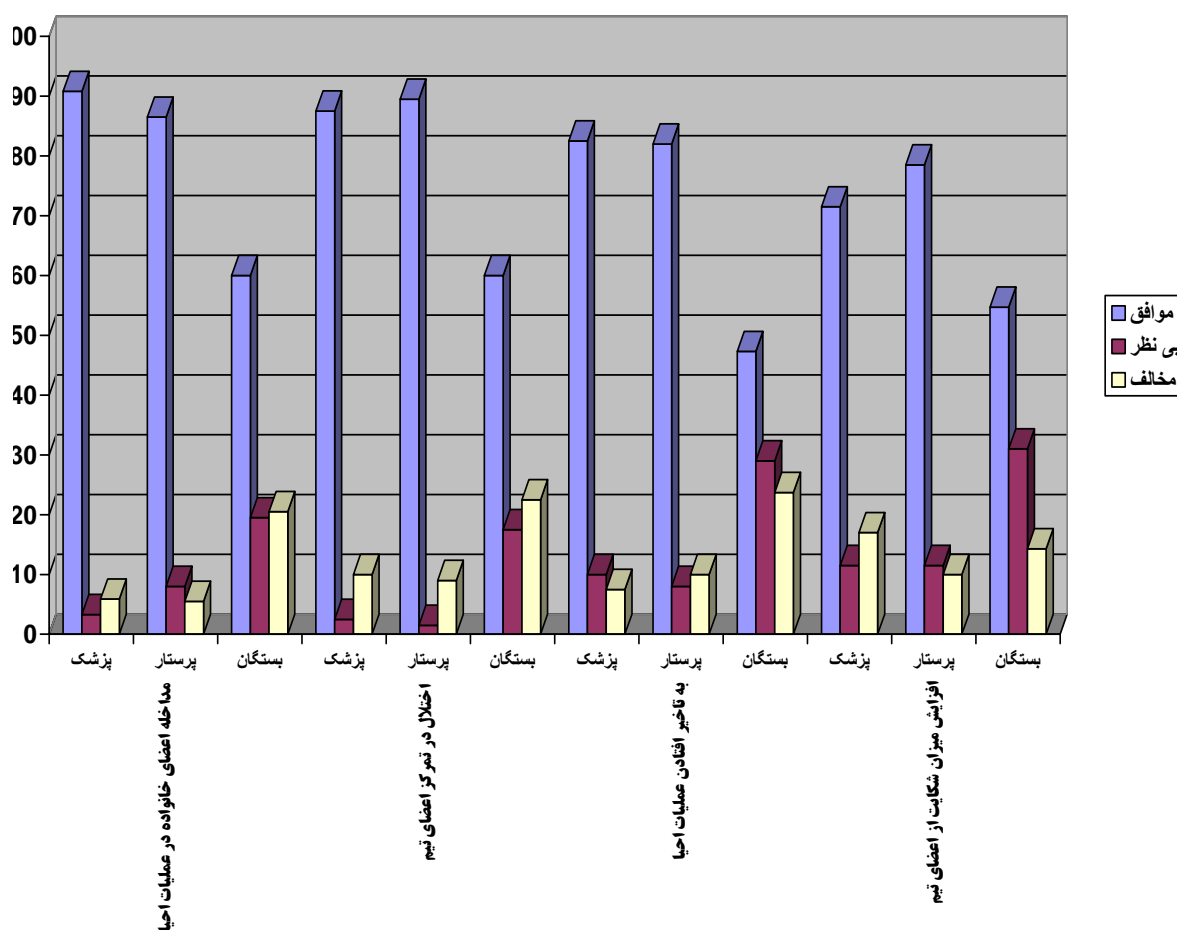
خانواده در طی عملیات احیا قلبی - تنفسی در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۹۰

مسئولیت تصمیم گیری با چه کسی باشد؟	پزشک	پرستار	بستگان درجه اول بیمار	جمع
تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
با پزشک باشد.	۹۱ (۷۶٪)	۷۱ (۳۵/۵٪)	۶۸ (۴۶٪)	۲۳۰ (۴۹/۲٪)
با پرستار باشد.	۳ (۲/۵٪)	۴۰ (۲۰٪)	۱۱ (۷/۴٪)	۵۴ (۱۱/۶٪)
با تیم احیا باشد.	۲۰ (۱۶/۷٪)	۷۰ (۳۵٪)	۱۶ (۱۰/۸٪)	۱۰۶ (۲۲/۷٪)
با پزشک؛ بیمار و خانواده باشد.	۴ (۳/۲٪)	۷ (۳/۵٪)	۳۸ (۲۵/۶٪)	۴۸ (۱۰/۳٪)
تفاوتی نمی کند.	۲ (۱/۶٪)	۱۲ (۶٪)	۱۵ (۱۰/۲٪)	۲۹ (۶/۲٪)
جمع	۱۲۰ (۱۰۰٪)	۲۰۰ (۱۰۰٪)	۱۴۸ (۱۰۰٪)	۴۶۸ (۱۰۰٪)

اعضای تیم (۷۹/۲٪ پزشکان، ۷۶٪ پرستاران)، به تاخیر افتادن عملیات احیا (۸۲٪ پزشکان و پرستاران) و افزایش میزان شکایت از اعضای تیم (۷۱٪ پزشکان، ۷۸٪ پرستاران) می شود، در حالی که عده کمتری از بستگان درجه اول بیمار موافق این امر بودند (نمودار ۱).

نگرش نسبت به نقش حضور خانواده طی عملیات احیا، بر عملکرد تیم اکثریت پزشکان و پرستاران معتقد بودند حضور اعضای خانواده باعث مداخله کردن آنها در عملیات احیا (۹۰/۸٪ پزشکان، ۸۶/۵٪ پرستاران)، اختلال در تمرکز و ایجاد تنش در

نمودار ۱: مقایسه نگرش پزشکان، پرستاران و بستگان درجه اول بیمار نسبت به نقش حضور خانواده طی عملیات احیا بر عملکرد تیم در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مازندران - ۱۳۹۰



شده است و ۵۷٪ اعتقاد داشتند در مواردی که شانس بیمار برای زنده ماندن کم است؛ حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا به آنها برای پذیرش جریان سوگواری کمک می کند، در حالی که عده کمی از پزشکان و پرستاران موافق این امر بودند (جدول شماره ۳)

نگرش نسبت به اثر حضور خانواده طی عملیات احیا، بر روی خود اعضای خانواده اکثریت بستگان درجه اول بیمار (۶۹٪) معتقد بودند حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا باعث می شود که آنها خیالشان جمع شود که هرکاری لازم بود برای بیمارشان انجام

جدول شماره ۳- مقایسه نگرش پزشکان، پرستاران و بستگان درجه اول بیمار نسبت به اثر حضور خانواده طی عملیات احیا، بر روی خود اعضای خانواده، در بیمارستان های دانشگاه علوم پزشکی مازندران ۱۳۹۰

مخالف	بی نظر	موافق	حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا باعث ایجاد ضربه روحی در آنان می شود.
۹۴(۷۸/۳)	۱۷(۱۴/۲)	۹(۷/۵)	پزشک
۱۴۳(۷۱/۵)	۳۷(۱۸/۵)	۲۰(۱۰)	پرستار
۷۲(۴۸/۶)	۴۸(۳۲/۴)	۲۸(۱۹)	بستگان درجه اول
۳۶(۳۰)	۲۳(۱۹/۲)	۶۱(۵۰/۸)	در مواردی که شانس بیمار برای زنده ماندن کم است؛ حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا به آنها برای پذیرش جریان سوگواری کمک می کند.
۷۸(۳۹)	۵۸(۲۹)	۶۴(۳۲)	پزشک
۱۸۵(۵۷/۱)	۳۹(۲۶/۴)	۲۴(۱۶/۲)	پرستار
			بستگان درجه اول
۳۴(۲۸/)	۳۶(۲۸)	۵۰(۴۱/۷)	حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا باعث می شود که آنها خیالشان جمع شود که هرکاری لازم بود برای بیمارشان انجام شده است.
۷۶(۳۸)	۵۶(۲۸)	۶۸(۳۴)	پزشک
۱۰۲(۶۹)	۲۹(۱۹/۵)	۱۷(۱۱/۵)	پرستار
			بستگان درجه اول

#### نگرش نسبت به شرایط خاص

یافته های تحقیق حاضر نشان دادتنها ۲۹/۱ پزشکان و ۴۱/۰ پرستاران با حضور اعضای خانواده، در صورت داشتن ثبات رفتاری، وعده کمتری (۱۸/۳ پزشکان و ۲۳/۵ پرستاران) مشروط بر محافظت شدن آنان توسط یکی از اعضای تیم، موافق بودند.

#### بخش قابل توجهی از هر سه گروه (۸۳/۸) بستگان

درجه اول بیمار، ۶۸/۵ پرستاران، ۶۰/۰ پزشکان) با این موضوع که در هر بیمارستان برنامه مشخصی در رابطه با شرایط حضور اعضای خانواده در عملیات احیا تهیه شود، موافق بودند (جدول شماره ۴)

جدول شماره ۴- مقایسه نگرش پزشکان، پرستاران و بستگان درجه اول بیمار نسبت به شرایط خاص، در بیمارستان های دانشگاه علوم

پزشکی مازندران ۱۳۹۰

مخالف	بی نظر	موافق	به اندازه کافی پرستار برای حمایت روحی اعضای خانواده در طی عملیات احیا وجود ندارد.
۱۴(۱۱/۶)	۲۶(۲۱/۷)	۸۰(۶۶/۷)	پزشک
۱۶(۸)	۳۵(۱۷/۵)	۱۴۹(۷۴/۵)	پرستار
۲۱(۱۴/۲)	۴۸(۳۲/۴)	۷۹(۵۳/۴)	بستگان درجه اول
۶۵(۵۴/۲)	۳۲(۲۶/۷)	۲۳(۱۹/۱)	بہتر است؛ بیمار از اول نظر خود را در مورد حضور یا عدم حضور اعضای خانواده در عملیات احیا در پرونده خود درج نماید.
۷۸(۳۹)	۶۶(۳۳)	۵۶(۲۸)	پزشک
۱۷(۱۱/۵)	۳۴(۲۳)	۹۷(۶۵/۵)	پرستار
			بستگان درجه اول
۵۴(۴۵/۰)	۳۱(۲۶)	۳۵(۲۹)	فقط به آن دسته از اعضای خانواده که دارای ثبات رفتاری هستند؛ می تواند اجازه حضور در عملیات احیا داده شود.
۶۴(۳۲)	۵۴(۲۷)	۸۲(۴۱)	پزشک
۱۷(۲۳/۵)	۳۵(۴۸)	۹۶(۷۱/۵)	پرستار
			بستگان درجه اول
۷۰(۵۸/۳)	۲۸(۲۳/۴)	۲۲(۱۸/۳)	فقط در صورت محافظت شدن (اسکورت) اعضای خانواده توسط پرستاران؛ می تواند اجازه حضور داده شود.
۹۳(۴۶/۵)	۶۰(۳۰)	۴۷(۲۳/۵)	پزشک
۳۶(۲۴/۳)	۴۵(۳۰/۴)	۶۷(۴۵/۳)	پرستار
			بستگان درجه اول
۳۰(۲۵)	۲۸(۲۳/۴)	۷۲(۶۰)	بہتر است در هر بیمارستانی برنامه مشخصی در رابطه با شرایط حضور اعضای خانواده در عملیات احیا تهیه شود.
۳۰(۱۵)	۶۰(۳۰)	۱۳۷(۶۸/۵)	پزشک
۵(۳/۴)	۴۵(۳۰/۴)	۱۲۴(۸۳/۸)	پرستار
			بستگان درجه اول

## بحث

### نگرش نسبت به نقش حضور خانواده

در عملیات احیا بر عملکرد تیم یافته های تحقیق نشان داد اکثریت پزشکان و پرستاران (۹۲/۵٪ پزشکان و ۸۰٪ پرستاران) حضور خانواده در عملیات احیا را زیان بار می دانستند و نگرش پزشکان نسبت به پرستاران منفی تر بود ولی رابطه معنی دار اماری نداشت. در یک بررسی در انگلستان نیز تعداد زیادی از پزشکان و پرستاران (۶۳٪)؛ تجربه حضور اعضای خانواده در عملیات احیا را نامطلوب گزارش کردند (۱۶). اما یافته های بررسی دیگری در آمریکا با نتایج حاضر هم خوانی ندارد (۱۷). در بررسی فوق که نگرش ۴ گروه (پرستاران فوق دیپلم و لیسانس؛ پزشکان عمومی و متخصص) مورد بررسی قرار گرفته بود؛

اکثریت آنان (۸۸-۶۳٪) حضور خانواده را مفید می دانستند و فقط تکنسین ها، نگرش منفی تری نسبت به سایرین داشتند. در بررسی دیگری در آمریکا نیز اکثریت کارکنان (۹۵/۳٪) حضور اعضای خانواده را تجربه کرده بودند؛ اما عده کمی (۲۴/۱٪) آن را مناسب می دانستند (۱۸). یافته های این تحقیق همچنین نشان داد نگرش پرستاران در مورد حضور اعضای خانواده طی عملیات احیا قلبی - تنفسی، نسبت به پزشکان مثبت تر بود. دلیلش ممکن است این باشد که اکثر پزشکان (۶۴٪) مرد بودند و احساس مسوولیت قانونی بیشتری نسبت به پرستاران داشتند. دلیل دیگر می تواند تفاوت آموزش پزشکان و پرستاران باشد. آموزش پزشکان



بیشتر بیمار مدار است. در حالی که آموزش پرستاران تاکید بیشتری بر فرایند بیمار - خانواده دارد.

عمده ترین دلایل منفی بودن نگرش پزشکان و پرستاران در تحقیق ما، شامل موارد زیر بوده است:

- مداخله اعضای خانواده در عملیات احیا
- جروبحث با اعضای تیم به علت عدم آگاهی از ضرورت انجام بعضی از کارها
- ایجاد تنش در اعضای تیم
- افزایش میزان شکایت از تیم به دلیل ندانستن علت صحیح بعضی از کارها

مداخله و جروبحث خانواده با اعضای تیم در تحقیقات زیادی تصریح شده است (۱۹،۲۰،۲۱)

ایجاد تنش در اعضای تیم نیز در چندین بررسی از عمده ترین دلایل نگرش منفی در پزشکان و پرستاران بوده است (۲۱ تا ۲۵).

اما در یک بررسی در انگلستان، تفاوت معنی داری بین سطح تنش اعضای تیم احیا، با و بدون حضور اعضای خانواده نیافتند. تحقیق فوق بر روی ۳۰ مورد عملیات احیا انجام شده و واکنش استرس حاد با استفاده از معیار طبقه بندی بین المللی بیماری ها ارزیابی شده بود (۲۶).

از طرفی یافته های یک مطالعه کارآزمایی بالینی در امریکا که شامل ۳۰ تیم متشکل از دانشجویان پزشکی سال ۲ و ۳ دوره تخصصی بود، نشان داد، سرعت واکنش دانشجویان، در صورت "حضور خانواده و ابراز سوگواری"، کندتر می شود و زمان ارائه اولین شوک به طور قابل ملاحظه ای در مقایسه با "حضور خانواده و عدم ابراز سوگواری" و یا "عدم حضور خانواده"، طولانی تر می گردد (۲۷)

ترس از مورد شکایت واقع شدن توسط اعضای خانواده نیز در چندین بررسی گزارش شده است (۲۳ تا ۲۵، ۲۸).

نگرش نسبت به اثر حضور خانواده طی عملیات احیا، بر روی خود اعضای خانواده

اکثریت بستگان درجه اول بیمار موافق بودند که حضور اعضای خانواده باعث می شود آنها خیالشان جمع شود هر کاری لازم بود برای بیمارشان انجام شده است؛ در حالی که عده کمی از پزشکان و پرستاران موافق این امر بودند.

یافته های فوق با نتایج برخی مطالعات هم خوانی دارد (۱۳ تا ۱۵)، در مقابل، برخی مطالعات حضور خانواده در عملیات احیا را عاملی برای ایجاد تنش در اعضای خانواده، ذکر کرده اند (۵، ۲۰، ۲۴، ۲۸).

از طرفی اکثریت بستگان درجه اول بیمار موافق بودند که حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا به آنها برای پذیرش جریان سوگواری کمک می کند؛ در حالی که تعداد کمی از پزشکان و پرستاران موافق این امر بودند (p=000) نتایج برخی مطالعات نیز نشان می دهد حضور خانواده باعث می شود بهتر بتوانند با غم ازدست دادن عزیزانشان کنار بیایند (۲۱، ۲۵، ۲۹).

#### نگرش نسبت به شرایط خاص

یافته های تحقیق حاضر نشان داد عده کمی از پزشکان و پرستاران با حضور اعضای خانواده، در صورت داشتن ثبات رفتاری، وعده کمتری، مشروط بر محافظت شدن آنان توسط یکی از اعضای تیم، موافق بودند. در حالی که در بسیاری از مطالعات (۱۹، ۲۷، ۳۰، ۳۱)، پزشکان و پرستاران، موافق شرایط ذکر شده بوده اند این امر می تواند ناشی از تفاوت های فرهنگی باشد. بخش قابل توجهی از هر سه گروه، با این موضوع که در هر بیمارستان برنامه مشخصی در رابطه با شرایط حضور اعضای خانواده در عملیات احیا تهیه شود، موافق بودند.

تعدادی از پزشکان و پرستاران پیشنهاد کرده بودند اعضای خانواده بصورت غیر حضوری و از طریق دوربین های مدار بسته در جریان روند عملیات احیا قرار بگیرند. با توجه به تفاوتی که در دیدگاه پزشکان، پرستاران و بستگان درجه اول بیمار نسبت به حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا وجود دارد، بهتر است در هر بیمارستان، برنامه مشخصی در رابطه با شرایط حضور اعضای خانواده در طی عملیات احیا تهیه شود.

#### محدودیت پژوهش

یکی از محدودیت های پژوهش این بود که دیدگاه آن دسته از بستگان درجه اول که فاقد سواد بودند، بررسی نشد. همچنین از خود بیماران در این مورد نظرخواهی نشده بود. پیشنهاد می شود در مطالعات بعدی، با استفاده از رویکرد کیفی به این مهم پرداخته شود.

#### تشکر و قدر دانی

از معاونت محترم تحقیقات و فن آوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران و کلیه کسانی که در این مطالعه ما را یاری دادند، صمیمانه سپاسگزاری می شود.



## References

- 1- Kaluski E, Uriel N, Milo O, Cotter G. Management of cardiac arrest in 2005. *IMAJ*. 2005;7:589-93
- 2- Kim C, Fahrenbruch CE, Cobb LA, Eisenberg MS. Hospital cardiac arrest in men and women. *circulation*. 2001;104:2699-703
- 3- Walker W. "Accident and emergency staff opinion on the effects of family presence during adult resuscitation": critical literature review. *JAN*. 2007; 61 (4):348-362
- 4- Mallnace H. "Family presence in emergency department resuscitations". *Australian Emergency Nursing Journal*. 2002; 5 (3): 21-27
- 5- Fulbrook P, Latour J, Albarran J, Groaf W, D. Lynch F, Devictor D, et al. "The presence of family members during CPR". *International Journal of Nursing Studies*. 2005; 42: 557-568
- 6- Ersoy G, Yanturali S. "Family witness resuscitation. Allow or deny? Which is true?". *International Journal of Nursing Studies*. 2006; 43: 653-654
- 7- Macy C, Lampe E, O, Niel B, Swor R, Zalenski R, Compton S. "The relationship between the hospital setting and perceptions of family witnessed resuscitation in the emergency department". *Resuscitation*. 2006; 70: 74-79
- 8- Ardley C. "Should relatives be denied access to resuscitation room? Intensive and critical care Nursing". 2003; 19: 1-10
- 9- Belanger MA, Reed S. "A rural community hospitals, experience with family witnessed resuscitation". *Journal of Emergency Nursing*. 1997; 23(3): 238-239
- 10- Meyers TA, Eichhorn DJ, Guzetta CE. "Do families want to be present during CPR?". *Journal of Emergency Nursing*. 1998; 24(5): 400-405
- 11- McMahon-pakes K, Moule P, Jonathan B, Albarran JW. "The views and preference of resuscitated and non-resuscitated patients towards family witnessed resuscitation". *International Journal of Nursing Studies*. 2009; 46: 220-229
- 12- Halm MA. "Family presence during resuscitation". *American Journal of critical care*. 2005; 14(6): 444-511
- 13- Engelhardt E. "Family presence during resuscitation". *Journal of Continuing education in Nursing*. 2008; 39(12): 530-532
- 14- Ong MEH, Chung WL, Emei JS. "Comparing attitudes of the public and medical staff towards witnessed resuscitation in an Asian population". *Resuscitation*. 2007; 73: 103-108
- 15- Hadders H. "Relatives presence in connection with CPR and sudden death at the intensive care unit". *Nursing Inquiry*. 2007; 14(3): 224-232
- 16- Adib Hajbagheri M, Akbari H, Moosavi SGH. "Success of cardiopulmonary resuscitation in Kashan hospitals. Research in medical sciences". 2005; 10(3):193-99
- 17- Salari A, Mohammadnejad E, Vanaki Z, Ahmadi F. "Survival rate and outcomes of cardiopulmonary resuscitation". *Iranian Journal of Critical Care Nursing*, 2010; 3 (2):1-2
- 18- Compton S, Madjy A, Goldstein M, Sandhu J, Dunne R. "Emergency medical service providers, experiences with family presence during resuscitation". *Resuscitation*. 2006; 70, 223-228
- 19- Back D, Rook V. "The presence of relatives in the resuscitation room". *Nursing Times*. 1994; 90(30), 34-35
- 20- Goodenough TJ, Brysiewicz P. "Witnessed resuscitation exploring the attitudes and practices of the emergency staff". *The South African Journal of Nursing*. 2003; 26(2):56-63
- 21- Timmermans S. "High touch in high tech: the presence of relatives and friends during resuscitative efforts". *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*. 1997; 11(2):153-168
- 22- Redley B, Hood K. "Staff attitudes towards family presence during resuscitation. Accident and Emergency Service". 1996; 4:145-151
- 23- Helmer SD, Smith RS, Dort JM, Shapiro WM, Katan BS. "Family presence during trauma resuscitation". *The Journal of Trauma: Injury, Infection and critical care*. 2000; 48(6):1015-1024
- 24- Ong MEH, Chan YH, Scithier DE, Lim YH. "Asian medical staff attitudes towards witnessed resuscitation". *Resuscitation*. 2004; 60: 45-50
- 25- Yanturali S, Ersoy G, Yuruktumen A, Aksay E, Suner S, Sonmez Y, et al. "A national survey of Turkish emergency physician perceptions perspectives regarding family witnessed CPR". *International Journal of Critical practice*. 2005; 59 (4): 441-446
- 26- Boyed R, White S. "Does witnessed cardiopulmonary resuscitation alter perceived stress in accident and emergency staff?". *European Journal of Emergency Medicine*. 2000; 7:51-53
- 27- Fernandez R, Compton S, Jones KA, Velilla MA. "The presence of family witness impacts physician performance during simulated medical codes". *Critical Care Medicine*. 2009; 37 (6) 1956-1960
- 28- Booth MG, Woolrich L, Kinsella J. "Family witnessed resuscitation in UK emergency departments". *European Journal of Anaesthesiology*. 2004; 21:725-728
- 29- Weslin M, Nilsson T. "Family presence during CPR-the experiences and attitudes of code team members". *Nursing Science and Research in the Nordic countries*. 2003; 67(23):31-34
- 30- Chalk A. "Should relatives be present in the resuscitation room?". *Accident and Emergency Nursing*. 1995; 3:58-61
- 31- Grice AS, Picton P, Deakin CPS. "Study examining attitudes staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units". *BJA*. 2003; 91 (6): 820-824

## A Comparison between Physicians, Nurses and the Immediate Families of Patients` Attitudes towards Family Members Presence during CPR

Taraghi Z.<sup>1</sup>, Ilail E S.<sup>1</sup>, yaghoobi V.<sup>1</sup>, noroozinejad F.<sup>2</sup>, Naseri F.<sup>2</sup>, Baghernejad S K<sup>2</sup>, mohammadpour R A.<sup>3</sup>

Submitted: 2012.4.28

Accepted: 2012.9.3

### Abstract

**Background:** There are different attitudes about family presence during CPR. This study was conducted in order to compare the attitudes of physicians, nurses and patients` immediate family towards presence of family members during adult resuscitation in teaching hospitals of Mazandaran University of Medical Sciences.

**Material and Methods:** In this descriptive survey, the attitudes of 120 physicians, 200 nurses and 148 patients` immediate family were compared. Random stratified sampling was used as the sampling method. The data were collected using a self-developed questionnaire which its validity and reliability had been confirmed by "Content validity" and "Test-Retest" respectively ( $r=0/83$ ). This questionnaire included some questions about demographic characteristics, positive and negative experiences and the attitudes towards family presence during CPR. Data were analyzed using Chi-square  $\chi^2$  and Fisher tests by the SPSS 16 software.

**Results:** The majority of physicians and nurses (92/5% physicians, 80% nurses) believed that family presence during CPR is harmful. Fisher exact test showed significant difference between physicians and nurses views ( $\chi^2=9.037$   $df=1$   $p$  value=0/002). The most important reason of negative attitudes of physicians and nurses has been interference of family members in CPR (90/8% physicians, 86/5% nurses). Less than half of the patients` immediate family (48%) wanted to be present during the CPR. There was a significant difference between attitudes of patients` immediate family and physicians and nurses ( $p=000$ )

**Conclusion:** Regarding differences between physicians, nurses and patients` immediate family` attitudes towards family presence during CPR, it would be better to provide a determined plan identifying the family presence`s conditions during CPR in every hospital respectively.

**Key words:** Family Presence-Being present during Cardiopulmonary Resuscitation –CPR

1 Educational Instructor .Mazandaran University of Medical sciences(PhD student . Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation

2 Educatinal supervisor.,Mazandaran Hospital , university of Medical Sciences

3 Professor, Statistics Department.,Mazandaran University of Medical Sciences

corresponding Author: Ehteramalsadat Ilail. Mazandaran University of Medical Sciences. Sari. Iran

Email : [Ellali@Mazums.ac.ir](mailto:Ellali@Mazums.ac.ir) Tel: 09183322165